

что механизмы ее регуляции направлены на сохранение объема внеклеточной жидкости. В этом же направлении происходили изменения в дистальных отделах нефрона - уменьшалось выделение безнатриевой воды. Что же касается другого катиона - К, то следует отметить, что сниженная его экскреция почками предопределена низким фильтрационным зарядом, поскольку интенсивность секреции находилась на уровне, близком к контролю (расчет экскретированной фракции). Что касается вопросов регуляции ионов натрия - основного электролита плазмы крови, который формирует эфферентное звено волноморегулирующей системы, то нужно заметить такое: ГБО не влияла на концентрацию Na в плазме крови, а экскреция Na несколько увеличивалась. Эти изменения обусловлены более интенсивным поступлением этого катиона в проксимальный отдел нефрона (показатель фильтрационного заряда), поскольку реабсорбция Na⁺ практически не изменялась. Указанные изменения происходили на фоне активации волноморегулирующей функции почек. При применении ГБО содержание калия в плазме крови увеличивалось. Однако росла и его экскреция почками. Расчет экскретированной фракции этого катиона показал, что указанные изменения происходят за счет повышения секреции K⁺ нефронами. Исследования осморегулирующей функции почек у этих больных показали уменьшение экскреции осмотически активных веществ, что предопределено снижением СКФ.

Следовательно, применение метода гипербарической оксигенации у больных с гнойно-септическими осложнениями способствует восстановлению водовыделительной, ионо-волномо- и осморегулирующей функций почек.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КИНЕТОТЕРАПИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кокалко Н.Н., Коновчук В.Н., Акентьев С.А., Ковтун А.И., Проданчук И.Г.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Гиперплазия предстательной железы (ГПЖ) достаточно распространенное заболевание у мужчин преклонного и старческого возраста, частота ее проявлений может достигать 74-92%. Специфичность симптомов заболевания влияют не только на физическое состояние пациентов, но и вызывают социальную дезадаптацию. Поэтому особо актуальным становится выбор оптимального метода лечения данной патологии. Современные методы лечения ГПЖ делятся на терапевтические и хирургические, среди хирургических «золотым стандартом» считается трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРПЖ). ТУРПЖ позволяет провести достаточный объем резекции и, вместе с тем, является

минимально травматичной. Среди недостатков ТУРПЖ следует отметить ряд осложнений, в первую очередь – синдром трансуретральной резекции (ТУР-синдром). В основе патогенеза ТУР-синдрома лежит развитие гипотонической гипергидратации, которая развивается вследствие гемодилюции орошаемым операционное поле безэлектролитным раствором. Тяжелая степень синдрома характеризуется глубокими нарушениями гомеостаза (расстройства деятельности сердечно-сосудистой, нервной систем, системы гемокоагуляции и др.) и может приводить к летальному исходу.

Данные нарушения связаны с комбинированным воздействием ряда факторов: анестезия (эпидуральная анестезия характеризуется комплексом изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, характерных для нейровегетативной блокады), положение тела пациента во время операции (постуральные реакции) и главное - жидкостным нагрузкой (попадание в сосудистое русло жидкости, омывающей операционное поле). Отсутствие данных о результирующем характере изменений совместного действия этих факторов побудило нас исследовать динамику некоторых показателей системы кровообращения при проведении ТУРПЖ.

Цель исследования. Изучить возможность использования кинетотерапии в практику проведения ТУРПЖ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 119 больных, мужчин в возрасте 52-87 лет с диагнозом ГПЖ II-III ст. и возрастными изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы. Методом обезболивания при проведении ТУРПЖ была выбрана эпидуральная анестезия. Сегментарная блокада достигалась введением в перидуральное пространство 2% раствора лидокаина, доза лидокаина рассчитывалась соответственно возрасту и антропометрическим данным больного, в среднем - 360-400 мг.

Состояние центральной гемодинамики определяли методом тетраполярной реографии с использованием полиграфа "BIOSET-6000" с микропроцессорным управлением, 2-х канальным осциллоскопом и блоком памяти «MS-6000».

На этапе разработки и оптимизации методов анестезиологического обеспечения операцию ТУРПЖ проводили в традиционном положении для литотомии - нижние конечности согнуты в тазобедренном (105-125 °) и коленном (95-105 °) суставах, ось тела - горизонтальная. Дальнейшее изучение влияния положения тела на гемодинамику пациентов при проведении ТУРПЖ показало целесообразность использования «улучшенного» положения для литотомии - в отличие от традиционного горизонтальная ось тела приподнималась на 30°.

Запись показателей гемодинамики проводили больным в традиционном (57 пациентов) и «улучшенном» (62 пациента) положении для литотомии после проведения

эпидуральной анестезии и получения адекватного обезболивания - начало операции, а также на 30-й мин. операции (в наших исследованиях 30-я минута является медианой временных аспектов ТУРПЖ). Статистическая обработка полученных данных - вариационная статистика по методу Фишера (критерий Стьюдента).

Результаты и их обсуждение. В традиционном положении для литотомии диастолическое давление на 30-й минуте операции, по сравнению с исходным, увеличивалось на 17,4% при неизменном систолическом, что соответственно привело к уменьшению пульсового давления на 30%. Среднединамическое давление возросло на 10%, что привело к увеличению ударной работы левого желудочка на 13%. Общее периферическое сопротивление стало больше на 16%, что вероятно связано со снижением минутного объема крови.

Изменения в «улучшенном» положении для литотомии на 30-й минуте операции, по сравнению с показателями в начале операции, носили несколько иной характер. Так, диастолическое давление оставалось на прежнем уровне, систолическое давление наоборот возросло, что привело к возрастанию пульсового давления на 5,5%. Минутный объем крови увеличился, вследствие чего общее периферическое сопротивление уменьшилось на $101,0 \pm 19,3$ дин с см^{-5} ($p \leq 0,05$).

Сравнительная характеристика показателей гемодинамики в традиционном и «улучшенном» положении для литотомии на 30-й минуте операции продемонстрировала следующие отличия: систолическое давление в «улучшенном» положении для литотомии по сравнению с традиционным на снижалось на 2,9%, диастолическое – на 21,3%, что соответственно отразилось на показателе пульсового давления, который увеличился на $17,1 \pm 1,9$ мм рт.ст. Ударная работа левого желудочка в «улучшенном» положении для литотомии уменьшилась на $23,8 \pm 1,8$ Дж ($p \leq 0,05$), что подчеркивает более экономную работу сердечной мышцы.

Частота возникновения ТУР-синдрома в традиционном положении составила 3,57% (2 случая развития ТУР-синдрома легкой степени) и отсутствие такового у пациентов в «улучшенном» положении для литотомии.

Заключение. Трансуретральная резекция предстательной железы в традиционном и «улучшенном» положениях для литотомии оказывает значительное влияние на показатели гемодинамики. Вместе с тем, использование кинетотерапии, а именно «улучшенного» положения для литотомии является более предпочтительным, поскольку приводит к снижению ударной работы левого желудочка, что увеличивает способность сердечно-сосудистой системы к демпфированию жидкостной нагрузки во время ТУРПЖ и позволяет значительно снизить риск развития ТУР-синдрома.

удаления эндотрахеальной трубки клинически отмечалось восстановление функции всех групп мышц: отчётливый кашлевой рефлекс, акт глотания, адекватная спонтанная вентиляция, удержание головы > 5 секунд, хороший речевой контакт. Двум пациентам незамедлительно потребовалось дополнительное обезболивание наркотическими анальгетиками сразу же после удаления эндотрахеальной трубки.

Выводы

1. Сугаммадекс является быстродействующим эффективным препаратом для устранения неглубокой миоплегии, вызванного рокурением на этапе окончания операции и анестезии.
2. При использовании сугаммадекса необходимо убедиться в адекватном обезболивании после восстановления нейромышечной проводимости.
3. Мониторинг нейромышечного блока является объективным контролем клинического восстановления нервно- мышечной функции.

ОЦЕНКА ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ПОЛИОРГАННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ В ПРАКТИКЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Коновчук В.Н., Акентьев С.А., Кокалко Н.Н.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Полиорганное повреждение (ПОП) возникает в результате действия неблагоприятных факторов, инициирующих становление критического состояния – шоки различного генеза, экзогенные интоксикации, инфекционные заболевания, распространенные хирургические вмешательства, массивные инфузии консервированной эритроцитной массы и др. Пусковыми механизмами ПОП являются расстройства микроциркуляции, гипоксия и некроз клеток, неконтролируемое освобождение медиаторов агрессии, развитие аутоиммунных процессов, реперфузионные повреждения, эндотоксемия. ПОП приводит к таким нарушениям гомеостаза, которые ставят под угрозу функционирование жизненно важных систем и биологической целостности организма. Эндотоксикоз является ведущим патологическим фактором, который существенно влияет на течение и прогноз ПОП. Характер динамики развития ПОП в целом, и эндотоксикоза, в частности, можно детализировать по следующим признакам и стадиям.

Полиорганная дисфункция (ПОД) – состояние, при котором регистрируются умеренные множественные отклонения от общепринятой нормы, иногда на субклиническом или лабораторно-биохимическом уровне, которые не несут непосредственной угрозы жизни.